N° 45

DU CHOLÉRA

CHEZ

LA FEMME ENCEINTE

(ÉTUDE CLINIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 21 juillet 1886

PAR

E. IMBERT

Né à Paris

Ex-premier Interne à l'Hospice de la Charité
Ancien Externe des hôpitaux de Marseille (Concours 1879)
Ex-Interne des Hôpitaux (Concours 1882)
Ancien Interne à l'Hôpital du Pharo (médaille d'or de 1re classe 1884)
Lauréat de l'Ecole de médecine (1882)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS
1886

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe (ch. de cours).	CHALOT.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. M. MARTINS (O. ✲).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés en Exercice.

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
GARIMOND.	CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).
JACQUEMET.	MAIRET.	BLAISE.
GAYRAUD.	CHALOT.	BAUMEL.
DE GIRARD.	BIMAR.	VILLE.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUMAS, *président;*
CASTAN, professeur;
MOSSÉ, agrégé.
BLAISE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0160

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUMAS

MEIS ET AMICIS

E. IMBERT.

INTRODUCTION.

Durant nos années d'internat dans les hôpitaux de Marseille, nous fûmes envoyé en 1884, au Pharo, dans le service des cholériques, et en 1885, nous fûmes chargé de ce même service à l'hôpital de la Conception.

C'est ce qui nous a fourni l'occasion d'observer quelques cas de choléra chez des femmes enceintes. Si notre pitié a été particulièrement excitée par le péril auquel deux existences étaient à la fois exposées, notre attention n'a pas moins été frappée par la répétition des cas, le caractère varié qu'ils ont présenté et l'intérêt tout particulier qu'offraient au médecin, dans chacun d'eux, la marche de la maladie et son action sur l'utérus et sur la vie de l'enfant. Les observations que nous avons pu recueillir nous ont suggéré l'idée de quelques recherches à ce sujet.

Le nombre immense de travaux publiés sur le choléra, sur sa contagiosité, sur son traitement ne nous a pas étonné, vu l'importance et les apparitions fréquentes de ce terrible fléau. Ce qui nous a profondément surpris, c'est que beaucoup

d'auteurs ayant publié des mémoires et même des travaux détaillés sur le choléra, n'aient pas parlé des troubles particuliers qu'il amène chez la femme enceinte. Presque tous ont gardé le silence sur le sujet qui nous intéresse actuellement; quelques-uns l'ont à peine effleuré ou se sont contentés de dire que le choléra revêtait un plus haut caractère de gravité chez la femme en état de gestation ; d'autres moins nombreux se sont occupés de la question, soit pour expliquer la fréquence de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, soit pour en montrer les dangers et repousser l'intervention obstétricale, soit au contraire pour la préconiser et en montrer les avantages. C'est surtout en Allemagne que la question paraît avoir été le plus étudiée; nous avons, en effet, trouvé cités plusieurs noms d'auteurs allemands qu'à notre grand regret nous n'avons pu consulter.

Dans le travail que nous entreprenons aujourd'hui, nous n'avons pas la prétention d'émettre des idées nouvelles ni de trancher une question aussi difficile et aussi controversée que celle de l'intervention ou de la non-intervention obstétricale, parce que c'est là une question que des esprits doués d'une intelligence d'élite n'ont pas pu eux-mêmes résoudre d'une façon absolue. Notre seul et unique but a été de réunir les quelques opinions que nous avons trouvé émises pour les grouper en quelque sorte en un seul faisceau, de toucher à quelques-uns des points qui nous ont paru présenter le plus

d'intérêt, et d'y joindre le résultat de notre observation personnelle, heureux si notre travail peut être de quelque utilité.

Si nous ne sommes pas arrivé à notre modeste but, nous avons dans tous les cas mis tous nos efforts à l'atteindre, comptant sur la bienveillance de nos Maîtres et l'indulgence de nos Juges.

Il nous reste maintenant à témoigner à nos Maîtres dans les hôpitaux de Marseille, notre sincère et profonde reconnaissance pour les bons conseils qu'ils ont bien voulu nous prodiguer dans le courant de nos études.

Que nos amis les docteurs Marnac, Bidon, Giraud, Cambon et notre collègue d'internat M. Jacques, qui ont bien voulu nous communiquer quelques observations, veuillent bien accepter nos meilleurs remerciements ; nous nous garderons bien d'oublier ici notre ami le Dr Camoin, qui a fait sa thèse sur le pronostic du choléra, ainsi que le Dr Louge.

DU CHOLÉRA CHEZ LA FEMME ENCEINTE

(ÉTUDE CLINIQUE)

DIVISION DU SUJET.

Nous avons divisé notre travail de la manière suivante:

Dans une première partie, nous examinerons l'influence de la grossesse sur le choléra; nous donnerons les raisons qui nous la font regarder comme cause prédisposante et comme cause modificatrice.

Dans une deuxième partie, nous étudierons l'influence du choléra sur la grossesse. Nous verrons comment son pronostic est aggravé par suite de l'interruption fréquente de la grossesse; nous examinerons les circonstances particulières qui se rapportent à l'expulsion du produit de la conception, et enfin nous donnerons la pathogénie de cette expulsion et les diverses théories qui ont été émises à ce sujet.

La troisième et dernière partie comprendra les considérations pratiques qui découlent de l'étude de cette influence réciproque.

Nous déduirons nos conclusions de cette étude, inspirée par nos observations que nous avons mises à la fin de notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE CHOLÉRA.

La grossesse agit sur le choléra d'une façon générale comme cause prédisposante, et d'une façon spéciale comme cause modificatrice; cette double action fera le sujet de deux paragraphes distincts.

A. La grossesse, cause prédisposante du choléra.

En lisant les rares auteurs qui ont traité la question, nous trouvons en présence trois opinions bien distinctes: les uns prétendent que la grossesse garantit du choléra, les autres qu'elle a une action nulle; la troisième opinion enfin est celle des auteurs qui la regardent comme cause prédisposante. Nous avons regretté de n'avoir pu établir une statistique exacte pour asseoir, sur des bases plus solides, cette dernière opinion à laquelle nous nous rangeons, et que le bon sens et l'observation nous ont conduit à défendre.

La plupart des auteurs anciens ont cru que la femme enceinte était à l'abri de certaines influences morbides, et ont admis que son état de grossesse créait pour elle une sorte d'immunité vis-à vis des maladies régnantes, et même aujourd'hui cette opinion paraît partagée par quelques médecins. D'après eux, la nature, attentive à veiller sur la conservation du nouvel être, prémunit la femme contre l'action des

maladies. Malheureusement il est loin d'en être ainsi, si l'on s'en rapporte aux nombreux faits que l'observation la plus rapide nous met tous les jours sous les yeux ; c'est ainsi que dans les diverses épidémies qui ont éclaté en France depuis 1832, on trouve cités des cas de femmes enceintes atteintes du choléra.

Colombe, Dubois, Bouchut ont prétendu que la grossesse n'a aucune influence sur le développement du choléra, qu'elle n'en garantit pas plus qu'elle n'y prédispose, et qu'elle ne le modifie en rien ni dans sa forme ni dans son intensité.

D'autre part, certains auteurs tels que Bourgeois, Hortelloup, Decori, Bouillaud, admettent que la gestation paraît non seulement prédisposer d'une manière très manifeste à l'invasion du choléra, mais en aggraver également le pronostic. C'est là l'opinion qui nous paraît la plus vraisemblable, la plus admissible; nous avons pu constater assez de cas de choléra chez des femmes grosses pour croire qu'il en soit ainsi. Nul doute en effet que l'état de gestation n'imprime à tout l'organisme des modifications profondes ; en même temps qu'il produit des effets débilitants sur la constitution et qu'il amène une certaine perversion dans le caractère de la femme, il trouble l'innervation ; et en rendant son système nerveux plus mobile, plus excitable, il la dispose à s'alarmer facilement et à recevoir vivement toutes les impressions. Cette susceptibilité nerveuse excessive explique la prédisposition des femmes enceintes aux influences morbides en général et au choléra en particulier; elle rend compte en même temps de la rapidité ainsi que de la violence avec lesquelles elles sont frappées.

Une deuxième question intéressante est de savoir si pendant la durée de la gestation, il existe un moment où la femme soit plus en état d'opportunité cholérique.

D'après Dietl et Hennig, ce serait surtout après le quatrième mois de la gestation que les femmes seraient le plus prédisposées à contracter le choléra; les cas que nous avons pu observer nous ont conduit au même résultat.

Sur 24 observations que nous avons pu recueillir, sauf une seule de grossesse d'un mois et demi au dire de la femme, celle dont la grossesse était le moins avancée était au cinquième mois de la gestation.

Pourquoi en est-il ainsi? quelle est la raison qui exagère les tendances pathologiques chez la femme qui est dans la deuxième moitié de sa grossesse? Nous avons vainement recherché la cause de cette prédisposition, rien ne nous paraît devoir l'expliquer.

B. La grossesse, cause modificatrice du choléra.

Si l'état de gestation crée pour la femme une aptitude morbide, si les conditions dans lesquelles prend naissance le germe cholérique sont chez elle plus convenables à son développement, il convient de se demander si le choléra suit dans ce cas la même marche, si son allure est la même, si ses symptômes sont identiques.

De tout temps, on a reconnu que la grossesse modifie la marche des maladies aiguës: un aphorisme d'Hippocrate dit que ces maladies sont mortelles chez les femmes enceintes: *Mulierem gravidam morbo quopiam acuto corripi, lethale.*

Bouchut et la plupart des auteurs ont avancé que l'état physiologique de la grossesse n'avait aucune influence sur le choléra et que celui-ci suivait son cours sans aucune modification. Nos observations nous ont conduit à peu près aux mêmes conclusions.

Toutefois, si la symptomatologie de l'affection cholérique

n'est pas modifiée, l'invasion de la maladie nous a semblé être plus rapide.

Au début, la diarrhée prémonitoire a été de courte durée et a été rapidement suivie de vomissements, de crampes, d'anurie et du cortège symptomatique du choléra; en d'autres termes, les malades atteintes arrivaient plus rapidement que d'autres à la période algide. Le pronostic revêtait rapidement chez elles un caractère fatal.

Ainsi nous avons trouvé 9 fois sur 22 l'absence complète de diarrhée prémonitoire; d'autres fois elle a eu une durée d'un, deux ou trois jours; une seule fois nous l'avons vue se prolonger pendant neuf et une fois pendant cinq jours, alors que souvent chez d'autres malades nous l'avons vue durer huit et même quinze jours. En résumé, pour les femmes enceintes, la moyenne de la durée de cette diarrhée prémonitoire est de deux jours, tandis que pour 40 malades ordinaires, dont nous avons pris la moyenne, nous avons trouvé quatre jours.

Quant aux symptômes du choléra confirmé, ils se sont montrés les mêmes. Dans la période algide, nous avons observé, comme dans les autres cas, les vomissements, l'anurie, les crampes dans les membres et les souffrances pleines d'angoisses au niveau du creux épigastrique. Au début de la réaction, nous avons souvent remarqué que les malades accusaient des douleurs lombaires qui étaient dues sans doute, comme nous le verrons plus loin, à un commencement de travail.

Une autre particularité intéressante est l'état du pouls chez la femme enceinte atteinte de choléra. Les battements cardiaques sont dans cette circonstance influencés par deux facteurs essentiels: la grossesse d'une part, l'état cholérique de l'autre.

La grossesse en effet augmente le nombre des pulsations:

« l'état gravidique, dit Louge dans son récent travail sur le pouls puerpéral physiologique, rend le pouls plus fréquent, plus dur et moins dépressible; sa fréquence est en moyenne de 86 pulsations par minute.»

D'autre part, suivant Poznansky, l'apparition du choléra se manifeste par un ralentissement du pouls.

D'après les quelques résultats que nous avons obtenus, le pouls ne nous a paru rien perdre de sa fréquence, soit au début, soit même dans la période algide où nous l'avons trouvé de plus petit et dépressible.

Il eût été intéressant aussi d'analyser les urines, surtout au point de vue de la kyestéine; mais la difficulté et même l'impossibilité de s'en procurer, nous ont empêché de faire cette étude.

En un mot, si la grossesse a quelque action sur le choléra, ce n'est pas en modifiant certains de ses symptômes, mais c'est en accélérant sa marche et en augmentant son caractère de gravité.

DEUXIÈME PARTIE

INFLUENCE DU CHOLÉRA SUR LA GROSSESSE.

Dans cette seconde partie de notre travail, nous allons faire ressortir que la gravité du choléra chez la femme enceinte est accrue, parce qu'il agit sur un organisme plus fragile et plus débilité, et parce qu'il amène fréquemment l'interruption de la grossesse; en second lieu, nous verrons les circonstances particulières qui se rattachent à cette interruption; enfin, dans un dernier chapitre, nous exposerons les théories diverses qui ont été émises dans le but de l'expliquer, et les causes qui ont été regardées comme déterminantes de la mort du germe dans le sein maternel.

Cette étude, considérée aux trois points de vue que nous venons d'exposer, fera l'objet de trois chapitres bien distincts.

CHAPITRE I.

RÉSULTATS FOURNIS PAR LES STATISTIQUES; GRAVITÉ DU CHOLÉRA CHEZ LA FEMME ENCEINTE.

Le choléra, se présentant chez la femme gravide qui doit suffire à deux existences, revêt par cela même chez celle-ci un double caractère de gravité: d'abord pour le fœtus en amenant sa mort intra-utérine ou son expulsion prématurée; et ensuite parce que ces deux effets du choléra aggravent l'état de la mère à qui la maladie seule fait déjà courir de si grands dangers.

Il n'y a donc rien d'étonnant que le pronostic soit toujours plus grave chez elle que chez la femme en dehors de l'état de grossesse; il n'est pas étonnant que les statistiques atteignent, dans le premier cas, une moyenne de mortalité plus élevée.

Bouchut, sur 52 femmes atteintes dans ces conditions, a constaté 30 décès et 22 guérisons, soit une moyenne de 60 p. 100; sur ces 30 décès, neuf fois il y a eu avortement et 21 fois il n'a pas eu lieu; et des 22 guérisons, 16 fois il y a eu interruption et 6 fois continuation de la grossesse.

Millet, sur 69 femmes atteintes par le fléau, a observé 34 décès et 35 guérisons, soit une moyenne moins alarmante de 50 p. 100.

Parmi les femmes mortes, 9 ont avorté et 25 n'ont pas avorté; parmi les femmes guéries, 21 ont avorté et 14 ont vu leur grossesse suivre son cours.

Hennig a obtenu à peu près la même moyenne que Millet,

puisque sur 39 cas qu'il a observés, il a eu 19 décès et 20 guérisons: les décès atteignent le chiffre de 9 pour les femmes qui ont avorté et celui de 10 pour celles qui n'ont pas avorté; et des femmes guéries, 18 ont avorté et 2 ont vu leur grossesse continuer.

Si aux statistiques précédentes nous joignons celle qui résulte de nos 24 observations, nous trouvons une moyenne encore plus alarmante, soit une mortalité de 70 p. 100, alors que pour les autres malades en dehors de l'état de gestation, elle était à peu près de 45 p. 100 (hommes 41 p. 100, 54 p. 100 femmes, *travail de M. Coste sur le choléra au Pharo en 1885).*

Nos 24 cas de choléra observés chez les femmes grosses se répartissent de la manière suivante :

Il y a eu 17 décès et 7 guérisons. Des 17 femmes mortes, 8 ont avorté, 7 n'ont pas avorté; chez une, l'opération césarienne a été faite sans résultat *post mortem*, et enfin dans un cas on a fait la version podalique, le travail s'étant arrêté alors que le col était dilatable et que la femme paraissait s'affaiblir de plus en plus. Des 7 femmes guéries, une a avorté, une a accouché à terme d'un enfant vivant (application du forceps à cause de la lenteur du travail), et enfin 5 ont vu continuer leur grossesse.

Que doit-on conclure de ces diverses statistiques? Que doit-on penser des résultats qu'elles fournissent? Évidemment on doit attribuer la chose à la nature même des épidémies qui ne présentent pas toujours le même caractère de gravité. Il n'est pas douteux que certaines épidémies doivent se montrer plus meurtrières que d'autres, suivant leur nature propre, suivant les lieux où elles se montrent, suivant l'époque de l'année à laquelle elles apparaissent, toutes choses qui doivent influer sur le nombre plus ou moins grand de victimes qu'elles peuvent faire.

En raison même de ces circonstances, il nous a paru de la

plus grande utilité de réunir les statistiques, d'établir des moyennes établissant d'une façon générale le caractère de gravité que présente l'affection cholérique pour la mère et pour l'enfant, et de montrer à quel âge la femme enceinte est surtout atteinte et à quelle époque de sa grossesse elle est surtout prédisposée à être victime du fléau.

Moyenne de la mortalité pour la mère. — En réunissant les statistiques de Bouchut, de Saint-Romes, de Bourgeois, de Gendrin, de Hennig, de Millet et la nôtre basée sur 24 observations, nous sommes arrivé à rassembler 200 cas de choléra chez des femmes enceintes, soit 114 décès et 86 guérisons. D'une façon générale, la mortalité est donc plus élevée chez elles; sa moyenne est de 57 p. 100.

Fréquence de l'avortement. — Sur les 200 cas, il y a eu exactement 100 fois suspension de la grossesse, et 100 fois la grossesse a continué son cours. Ainsi l'expulsion de l'enfant se produit en moyenne dans la moitié des cas.

La vie de ce dernier est donc le plus souvent très compromise, puisque d'une part, si l'enfant n'est pas viable, il est condamné à une mort certaine, et que d'autre part, si la femme accouche à terme ou prématurément d'un enfant vivant, celui-ci, qui a dû subir toujours dans une certaine mesure l'influence morbide, se trouve dans des conditions de résistance et de vitalité beaucoup moindres.

Si maintenant on se demande quelle a été l'issue de la maladie suivant que la femme a ou n'a pas expulsé le produit de la conception, on trouve que sur 100 avortements ou accouchements prématurés, il y a eu 58 guérisons.

Nous nous contentons pour le moment d'énoncer le fait; nous y reviendrons dans la dernière partie de notre thèse, quand nous étudierons les conclusions pratiques que nous

devons tirer de l'étude de l'influence réciproque de la grossesse sur le choléra et du choléra sur la grossesse.

Age de la femme. — D'après Hennig, c'est de 21 à 35 ans que l'on a le plus souvent observé des cas de choléra chez des femmes grosses, et c'est aussi à cet âge que la mortalité a été le plus considérable. Nous avons observé le même fait: la chose n'a rien d'étonnant, si on songe que c'est en effet le moment de la vie où la femme est le plus apte à concevoir.

Age de la grossesse. — D'après nos observations, comme nous avons déja fait ressortir le fait, c'est dans la deuxième moitié de la grossesse que la femme serait surtout prédisposée au choléra, et c'est aussi à ce moment que le pronostic se montrerait plus malin.

Nous avons trouvé comme moyenne de l'âge de la grossesse chez les femmes enceintes frappées par le choléra six mois et demi environ, près de sept mois; une seule a été atteinte au-dessous de cinq mois, elle se disait enceinte d'un mois et demi, et elle n'a pas avorté. Devons-nous dans ce cas nous rapporter au témoignage de la malade? peut-être aurions-nous tort.

Quoi qu'il en soit, ce que nous pouvons avancer d'une façon certaine, c'est que, d'une part, vers la fin de la grossesse, la femme est surtout apte à contracter le choléra, que d'autre part, plus elle est près du terme, plus elle est prédisposée à l'expulsion de son enfant, et que, par conséquent, c'est à ce moment que l'affection cholérique revêt le plus haut caractère de gravité.

Il eût été intéressant aussi d'étudier l'influence des races, des diathèses antérieures, de la folie, des accouchements précédents sur le pronostic du choléra chez la femme gravide. Nous regrettons de n'avoir pu nous livrer à cette étude; mais

il aurait fallu un plus grand nombre d'observations que nous n'en avions pour faire à ce sujet un travail convenable.

Enfin, établir un rapport entre l'avortement produit par le choléra et les autres causes d'avortement telles que la syphilis, la fièvre typhoïde, la variole, eût fait le sujet d'un paragraphe digne d'intérêt; mais nous n'avions pas d'observations suffisantes pour traiter la question.

En résumé, gravité plus grande du choléra chez la femme enceinte, pronostic à peu près constamment fatal pour l'enfant par suite de son expulsion prématurée ou de sa résistance vitale moindre, tels sont les deux grands points qui ressortent des diverses statistiques.

CHAPITRE II.

CARACTÈRES PARTICULIERS PRÉSENTÉS PAR L'EXPULSION DU FŒTUS.

Pour que l'expulsion du produit de la conception ait lieu, il faut généralement que la durée du choléra soit de quelques jours; une seule fois (Obs. XIV), la femme a avorté le lendemain du jour où elle a été prise d'accidents cholériques, qui, nous devons le dire, avaient été précédés d'une diarrhée prémonitoire de 3 jours. Ce ne sont donc pas les cas foudroyants, les cas les plus graves qui déterminent l'interruption de la grossesse; ce sont au contraire les cas d'une moyenne gravité, et dont la durée se prolonge pendant plusieurs jours. Tandis que les premiers rendent la chose en quelque sorte impossible, le travail n'ayant pas le temps de se faire, les seconds en revanche manquent rarement leur effet.

Toutefois il y a des cas où les femmes n'ont pas vu leur grossesse s'interrompre, bien que le choléra ait duré un certain temps et se soit présenté sous une forme très grave ; nous citerons pour exemple l'observation XII, relatant le fait d'une femme enceinte de 6 mois, qui, n'ayant pas eu de diarrhée prémonitoire, est restée pendant trois jours en algidité complète, et qui a accouché à terme d'un enfant très bien portant. Mais cela nous paraît être l'exception; la plupart du temps, si les femmes ont échappé à l'avortement ou à l'accouchement prématuré, la raison en est, comme l'avance Bouchut, « qu'elles n'ont eu qu'une légère atteinte, qui, quoique bien »caractérisée, a été trop faible pour exercer une influence »fâcheuse sur le cours de la grossesse » (Obs. XXI) ; elles ont

eu un choléra sans cyanose, sans arrêt de la circulation, laissant vivre le fœtus.

Ainsi que nous avons vu le fait signalé dans certains auteurs, nous avons pu remarquer que ce n'était jamais dans la période algide, mais toujours dans la période de réaction, que se produisait l'expulsion du fœtus. Le plus souvent cette réaction s'est montrée assez franche, mais parfois elle n'était que légère. Quoi qu'il en soit, au moment où les douleurs commençaient à s'établir, nous avons toujours constaté un pouls plus fort et une température plus élevée.

Enfin, c'est dans la deuxième moitié de la gestation que paraît surtout devoir se produire l'expulsion de l'enfant. Millet dit que l'avortement n'a pas lieu en général avant le quatrième mois de la grossesse; Bouchut de son côté dit que, très rare au début (pas un au-dessous de trois mois), il est au contraire très commun à partir du cinquième mois. Ce fait ne doit pas nous surprendre puisque, comme nous l'avons vu plus haut, et comme le prouvent suffisamment nos observations, c'est à ce moment que la femme paraît surtout prédisposée à contracter le choléra.

Hennig et Drasche ont donné des chiffres par rapport aux différents mois de la grossesse où s'est fait l'accouchement: sur 28 cas dans lesquels a eu lieu l'expulsion du produit de la conception, cinq fois celle-ci s'est montrée au deuxième mois, cinq fois au huitième mois et dix fois au neuvième mois. De notre côté, nous avons trouvé sept mois comme moyenne de l'âge de la grossesse où se produit l'expulsion du fœtus.

Nous devons donc en conclure que la femme a d'autant plus de chances d'avorter ou d'accoucher, qu'elle est plus près du terme.

Nous venons de voir à quelle période du choléra et à quel moment de la grossesse se produit généralement l'expulsion

de l'enfant. Nous allons maintenant examiner les caractères particuliers que présente cette expulsion chez la mère et chez le fœtus.

A. *Chez la mère.* — Le travail marche généralement avec une certaine lenteur ; il est plus long, plus laborieux que dans les cas où la femme est dans de bonnes conditions de santé. La période de dilatation s'effectue avec plus de difficulté, et la période d'expulsion dure souvent longtemps. Si trois fois nous avons eu recours au forceps (Obs. II, IV, VI), c'était parce que, la dilatation étant complète, nous nous trouvions en face d'une malade à bout de forces, chez qui les contractions utérines avaient cessé ; la tête était au détroit inférieur, mais elle n'avançait pas par suite de l'absence complète de douleurs expulsives. Une autre fois nous avons employé la version (Obs. VII), parce que, ayant trouvé le col de la matrice très dilatable et la poche des eaux percée depuis un certain temps, nous étions en présence d'une femme dont les douleurs devenaient de plus en plus faibles et dont l'état général paraissait de plus en plus s'aggraver.

Le travail nous paraît marcher de pair avec la réaction ; moins celle-ci est franche, plus le travail est difficile et lent. Ce sont les femmes chez qui la réaction est le plus accentuée qui avortent ou accouchent le plus rapidement ; et si parfois le travail qui avait bien commencé s'est arrêté tout d'un coup (Obs. VI), la raison en est que la femme, épuisée par les premières douleurs, retombait de la période de réaction dans la période algide du choléra.

Une autre cause de cette lenteur du travail est justement due à l'absence presque complète de douleurs. Le plus souvent, en effet, pendant sa durée, les malades paraissent très peu souffrir ; elles ont souvent à peine conscience de ce qui

se produit en elles; elles sont accablées et dans un état de prostration extrême.

Enfin, le défaut de préparation des parties, la sécheresse de la muqueuse utérine doivent encore contribuer, dans une certaine mesure, faible peut-être, mais réelle pourtant, à retarder l'expulsion.

Pendant le travail, les excrétions alvines paraissent diminuer notablement de fréquence; il y a même des malades chez qui elles se suspendent complètement (Obs. VIII, IX). Cette diminution ou cette suspension de la diarrhée et des vomissements sont une conséquence de la période de réaction dans laquelle est la femme. Malheureusement, à partir du moment où a eu lieu l'expulsion de l'enfant, les évacuations alvines et les vomissements reparaissent, la malade retombe en algidité et meurt. D'autres fois, la réaction se montre trop forte, et la malade succombe dans un état comateux analogue à celui qu'on observe dans certaines fièvres typhoïdes.

L'hémorrhagie pendant et après le travail est généralement peu importante. Certains auteurs cependant, Slavjansky, Hennig, disent avoir dans certains cas constaté de fortes hémorrhagies par les voies génitales. Slavjansky prétend en avoir observé un certain nombre, et il les attribue à une endométrite aiguë de la membrane caduque, dans laquelle le sang formerait des foyers occupant toute l'épaisseur de la muqueuse; et cette muqueuse, venant ensuite à se rompre sous l'influence d'une contraction utérine, donnerait issue au liquide sanguin. Nous ne nions pas la possibilité de la chose, mais nous la croyons très rare. En effet, nous n'avons jamais vu de métrorrhagies inquiétantes: le plus souvent la perte de sang a été très peu considérable, et même chez certaines femmes il peut ne pas se produire d'écoulement sanguin. Nous citerons pour exemple l'observation IX, qui nous a été communiquée par notre ami le Dr Marnac: en retirant sa main de l'utérus, il la trouva mouillée,

mais non maculée de sang ; elle ressemblait, dit-il, à la main qui dans une autopsie est plongée dans la cavité abdominale. Tout d'abord cette absence d'hémorrhagie utérine ou seulement sa diminution peuvent surprendre, puisque c'est dans la période de réaction que se produit l'expulsion du fœtus et qu'à ce moment la circulation est devenue plus sensible et le pouls plus fort. Mais on se rendra facilement compte du fait, quand on songera que la réaction est souvent légère, que le pouls, quoiqu'ayant repris une certaine force, est loin de présenter les caractères du pouls plein et vibrant, et que le sang n'a pas eu encore le temps de perdre sa viscosité et de reprendre sa fluidité première. La tension sanguine étant encore inférieure à la tension sanguine normale, et le sang n'ayant pas encore repris ses caractères primordiaux, on conçoit que le plus souvent on ait affaire à une perte sanguine insignifiante, et de moindre quantité qu'à l'état normal.

Un dernier fait à signaler. Une fois des phénomènes éclamptiques se sont manifestés sans que le travail ait eu lieu (Obs. XVI).

B. *Chez le fœtus.* — Voyons maintenant les caractères spéciaux que présentent le fœtus expulsé et ses annexes.

D'abord Hennig, sur 24 cas où l'expulsion a eu lieu, a constaté que 19 fois il y avait eu présentation du vertex, 2 fois présentation du pelvis et 3 fois présentation de l'épaule. Pour nous, toutes les fois où nous avons assisté à la sortie de l'enfant, nous avons vu la tête se présenter la première. Toutefois nous admettons que des présentations autres que celles du sommet puissent se montrer assez fréquemment; le fait même de l'avortement ou de l'accouchement prématuré nous paraît en être une explication suffisante.

Le plus souvent, comme nos observations le prouvent par

elles-mêmes, le fœtus est expulsé mort; et comme nous essayons de le montrer dans la pathogénie de l'avortement, c'est sa mort qui est la cause la plus fréquente de son expulsion. Ainsi 9 fois nous avons vu l'avortement se produire, et 9 fois le fœtus fut expulsé mort; deux fois les malades ont accouché à terme; et dans un cas seulement (Obs. VI), grâce à une application de forceps inspirée par la lenteur du travail, l'enfant est venu au monde vivant. Le plus ordinairement l'enfant est mort et ne présente rien de bien remarquable; il a souvent un aspect légèrement bleuâtre. Dans deux cas (Obs. IV, XX), sa mort devait remonter à plusieurs jours; dans l'observation IV, où nous avons fait une application de forceps pour extraire le fœtus, nous l'avons trouvé complètement putréfié et exhalant une odeur repoussante; dans l'observation XX, l'enfant était macéré, son épiderme s'enlevait facilement. Quoi qu'il en soit, nous croyons qu'habituellement l'expulsion du produit de la conception se fait peu de temps après sa mort.

Le placenta présente ordinairement son aspect habituel, mais quelquefois on le trouve affaissé, flétri et décoloré.

Les eaux de l'amnios, d'après L. Colombe, sont moins abondantes que dans l'état sain. Nous ne partageons pas complètement cette opinion, car, si dans quelques cas (Obs. VIII), le liquide amniotique nous a paru moindre qu'à l'état normal, nous avons cru le trouver une fois (Obs. VI) en plus grande quantité; le plus souvent il nous a semblé ne pas avoir subi de diminution notable.

En un mot, l'expulsion du produit de la conception, qui se fait toujours dans la période de réaction, revêt chez la femme cholérique enceinte certains caractères spéciaux que l'on peut résumer ainsi; du côté de la mère: lenteur du travail, absence presque complète de douleurs, suspension des évacuations alvines, diminution de l'hémorrhagie; du côté

du germe et de ses annexes : fœtus mort, placenta à aspect habituel, et liquide amniotique en quantité normale.

CHAPITRE III.

PATHOGÉNIE DE L'EXPULSION DU PRODUIT DE LA CONCEPTION.

Le grand nombre de théories émises au sujet de la pathogénie de l'expulsion du produit de la conception, chez la femme enceinte, rend compte de l'obscurité qui règne encore sur cette question. Des causes diverses ont été invoquées pour en donner l'explication.

C'est ainsi que la diarrhée a été regardée de tout temps comme une cause prédisposante à l'avortement ; si elle est abondante et qu'elle ait une durée assez longue, elle expose la femme grosse à ce danger, en l'affaiblissant d'une façon considérable. Hippocrate avait déjà signalé le fait et Mauriceau, dans son Traité des femmes grosses, ne fait qu'énoncer les mêmes idées. «*Mulieri in utero gerenti, si alvus multum fluxerit, periculum ne abortiat.*» (Hipp., liv. V, aph. 34.)

Les vomissements et les crampes ont également une grande influence sur la production de l'avortement.

Pour Bouchut, ces dernières généralisées dans les parois de l'abdomen et le diaphragme, faciliteraient et même détermineraient l'expulsion du fœtus d'une façon toute mécanique, en comprimant la surface extérieure de l'utérus. Il est probable que les vomissements doivent agir de la même manière, en causant une vive secousse dans l'organisme, et en

amenant des contractions du diaphragme et des muscles de l'abdomen.

Pour Slavjansky, la principale cause de l'avortement ou de l'accouchement prématuré serait due à cette endométrite hémorrhagique de la membrane caduque, dont nous avons déjà parlé. Selon lui, il se développerait une endométrite aiguë de cette membrane, s'accompagnant d'extravasations sanguines; et ce sont ces produits pathologiques localisés dans cette membrane caduque qui, agissant ensuite comme corps étrangers, amèneraient une irritation de la surface interne de la matrice et par suite des contractions utérines qui seraient la cause de l'expulsion du fœtus.

Quelquefois ces contractions utérines produiraient, comme nous l'avons déjà vu plus haut, une hémorrhagie par suite de la rupture de la muqueuse recouvrant les extravasats sanguins; et cette hémorrhagie serait une nouvelle cause devant faciliter la sortie du produit de la conception.

Cette cause, à laquelle Gubler a donné le nom d'épistaxis utérine, ne nous paraît pas devoir influer d'une façon notable sur la grossesse, ou du moins elle nous semble devoir être regardée comme rare. Sur 24 cas observés, nous ne l'avons pas rencontrée une seule fois.

Les causes d'expulsion du fœtus que nous venons de signaler paraissent la déterminer en agissant d'une façon toute mécanique; dans ce cas, l'enfant peut venir au monde vivant. Nous en avons un exemple dans l'observation VI, il est vrai que l'expulsion de l'enfant a été facilitée et activée par une application de forceps.

Toutefois ce n'est pas la règle; le fœtus est le plus souvent mort.

Ainsi, sur 24 cas observés, neuf fois les malades ont avorté ou accouché prématurément et neuf fois nous avons constaté que le fœtus avait cessé de vivre. Il faut donc ad-

mettre que certaines causes avaient déterminé sa mort avant d'agir sur l'utérus lui-même; dans ces cas, c'est évidemment le fœtus qui alors a agi comme corps étranger dans la matrice et a été expulsé en amenant la contraction des fibres utérines.

On a alors ce que Bouchut a appelé l'avortement réflexe.

Quelles sont donc les causes qui peuvent amener la mort du fœtus ?

Celle que l'on est disposé à admettre la première, est celle du choléra congénital.

La transmission du principe morbide de la mère à l'enfant est l'idée qui se présente la première à l'esprit; il semble tout naturel que le germe ressente l'influence cholérique, puisque sa vie ne peut s'entretenir qu'aux dépens de la circulation de sa mère.

Cela peut en effet avoir lieu, puisque Mouchet (thèse de Paris 1867) assure avoir constaté trois fois sur le fœtus la psorentérie intestinale, lésion caractéristique du choléra.

D'autre part, dans le cas que nous venons de signaler et où la femme avait accouché à terme d'un enfant vivant, celui-ci est mort le second jour après sa naissance dans un état d'émaciation extrême et avec tous les symptômes cholériques. Lichtenstein rapporte un cas analogue au nôtre dans les *Archives de Médecine*. Il faut donc admettre la possibilité de la transmission du choléra de la mère à l'enfant; mais on ne doit pas la regarder comme une conséquence nécessaire. Comment expliquerait-on alors les cas où la femme, atteinte dans le cours de sa grossesse, n'accouche qu'après guérison et à terme d'un enfant bien portant (Obs. XI, XII et XXI)? Comment se rendrait-on compte des cas où la femme cholérique met au monde un enfant viable dans de bonnes conditions de santé ? (Obs. de M. Moutard-Martin, citée par Bouchut.)

A cette cause nous joindrons celles que nous avons exposées au début, et qui peuvent, suivant leur intensité plus ou moins vive, ou suivant leur durée plus ou moins longue, amener la mort du fœtus avant son expulsion.

Les crampes du diaphragme ainsi que les contractions abdominales, peuvent tuer le jeune être par compression avant que le travail du côté de l'utérus n'ait eu le temps de se faire d'une façon complète; c'est ainsi que, suivant la théorie de Slavjansky, il peut également succomber par suite des lésions du placenta fœtal, dont l'importance est si grande ou de l'hémorrhagie consécutive à l'endométrite, avant qu'il n'ait eu le temps d'être expulsé par les contractions utérines; c'est ainsi que la diarrhée peut déterminer sa mort en enlevant le sérum du sang et en le privant ainsi des matériaux nécessaires à la vie.

D'après Max Runge et M. Bizas, dans sa thèse inaugurale, c'est à l'action de la température qu'il faut attribuer la fréquence de l'avortement. Le fœtus, ajoutant sa chaleur propre à celle de l'utérus dans lequel il est enfermé, succombera par suite de cet emmagasinement de chaleur. On peut être étonné qu'il en soit ainsi, puisque le choléra a pour effet de produire un abaissement de la température; mais on concevra qu'on puisse admettre cette cause comme réelle, quand on réfléchira que la température des organes internes doit s'élever et que d'autre part, l'avortement se produit toujours dans la période de réaction.

Enfin, la cause qui paraît avoir la plus grande influence pour amener la mort du produit de la conception, c'est celle qui est tirée des modifications que subit le sang dans sa qualité et dans sa quantité.

Le sang, en effet, par suite des évacuations alvines abondantes, perd une partie de son sérum ; il devient visqueux,

poisseux, moins oxygéné, et par suite a plus de difficulté à parcourir le torrent circulatoire.

Si d'autre part, on joint à ce caractère du sang l'affaiblissement des contractions cardiaques, on conçoit que le cœur sera impuissant à pousser le sang dans l'utérus et à le mettre en rapport avec la surface du placenta. Son cours étant ralenti et sa fluidité ayant diminué, il se coagulera facilement, il stagnera dans les vaisseaux, ce qui amènera une gêne et même un arrêt dans la circulation placentaire. L'enfant ne trouvera pas assez de liquide, ou un liquide altéré qui ne pourra pas suffire à sa nutrition; il mourra par asphyxie.

Pour Cazeaux, ce phénomène est sinon l'unique cause, au moins la plus ordinaire de la mort du fœtus. C'est d'ailleurs là l'explication qui paraît être la plus rationnelle et la plus satisfaisante pour l'esprit.

Il est possible, il est même probable que toutes ces causes agissent chacune séparément; mais elles peuvent ne pas se rencontrer dans tous les cas.

En résumé, la pathogénie de l'expulsion du produit de la conception comporte plusieurs causes dont les unes agissent directement sur l'utérus d'une façon mécanique, et les autres indirectement d'une façon réflexe: au nombre des premières, nous rangerons les vomissements, les crampes ou contractions musculaires, et l'endométrite de la membrane caduque; au nombre des secondes, nous mettrons la transmission du choléra de la mère au fœtus, la diarrhée, l'élévation de la température, l'asphyxie, autant de causes qui provoquent l'expulsion du germe en commençant par amener sa mort.

TROISIÈME PARTIE

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES QUI DÉCOULENT DE L'ÉTUDE DE CETTE INFLUENCE RÉCIPROQUE.

A. *Pronostic.* — L'étude que nous venons de faire nous montre l'immense gravité que présente le choléra chez la femme enceinte. Déjà si redoutable quand il frappe les personnes dans des conditions normales, puisqu'il est fatal à peu près dans la moitié des cas, il revêt un caractère encore plus effrayant quand il atteint des femmes en état de gestation. Outre que chez elles, le pronostic est beaucoup plus sérieux puisque la mortalité atteint alors le chiffre de 57 p. 100, il menace à la fois deux existences; alors que trois fois sur cinq il tue la mère, il condamne le fœtus à une mort à peu près certaine. Les cas où l'enfant viable est né pendant le choléra de la mère, et a vécu, sont excessivement rares; on cite le cas de M. Moutard-Martin, concernant une femme enceinte de huit mois et demi, accouchée au milieu d'un choléra grave d'un enfant qui a continué à vivre avec la mère. D'autre part, les cas où la femme atteinte dans le cours de sa grossesse d'un choléra grave a guéri et a mis ensuite au monde à terme un enfant bien portant, sont peu communs; nous en avons trois exemples (Obs. XI, XII, XXII); deux autres fois (Obs. XVII, XXI) la femme a accouché à terme, mais elle n'avait eu qu'une légère atteinte. La mortalité chez l'enfant atteint donc le chiffre énorme de 80 p. 100.

Pour la mère, les cas de guérison au nombre de 7 sur 24 se répartissent de la manière suivante : 5 fois guérison sans expulsion du fœtus (Obs. XI, XII, XVII, XXI, XXII), une fois après avortement (Obs. VIII) et une fois après accouchement à terme (Obs. VI). Ces résultats sembleraient indiquer qu'après la parturition, la femme aurait plus de difficultés à traverser les accidents de la maladie, et que, lorsque le travail ne se fait pas, elle arriverait plus facilement à la guérison ; nous les croyons exacts en temps qu'on ne fait pas de différence entre les cas de choléra, parce que dans les cas de choléra léger, le plus souvent l'interruption de la grossesse n'a pas lieu, et qu'alors le pronostic de la maladie est moins sérieux ; mais en réalité, la raison de cette gravité moindre n'est justement due qu'à l'intensité moindre de la cause morbifique.

Dans les cas où la guérison se produit, il faut souvent assez longtemps pour qu'elle soit complète ; et les tissus organiques réclament un temps assez long pour réparer les altérations et les modifications que la maladie leur a fait subir ; en d'autres termes, la convalescence est toujours de longue durée.

Bref, pronostic à peu près fatal pour l'enfant, et chez la mère pronostic dépassant en gravité la moyenne normale, telles sont les conclusions auxquelles nous mène l'étude précédente au point de vue des dangers qui menacent la femme enceinte frappée par le choléra.

B. *Traitement.* — En présence de ces résultats effrayants, en présence de ces effets vraiment désastreux qu'amène le fléau cholérique, la femme grosse devra, plus que toute autre, en temps d'épidémie, prendre des précautions pour s'en garantir ; au lieu de s'endormir dans une fausse sécurité et de se laisser aller à la croyance de ces préjugés vulgaires

qui admettent pour elle l'immunité, elle devra faire de son mieux pour se prémunir contre la contagion du mal. A une hygiène des plus sévères, elle devra joindre une alimentation saine et régulière ; elle devra se fixer dans une habitation salubre et entourée d'air pur, elle devra porter des vêtements peu sensibles aux variations thermométriques et hygrométriques, et constamment entretenus propres; elle devra suivre un régime alimentaire tonique, généreux, fortifiant, mais sans propriétés excitantes. On devra éloigner d'elle toutes les causes d'émotions et d'ennuis qui peuvent amener dans cet organisme, généralement nerveux et affaibli, un bouleversement subit de ses fonctions ; ce caractère si mobile, si capricieux, cette imagination devenue plus changeante en même temps que plus active, réclament pour elle des égards spéciaux pour une foule de caprices bizarres et involontaires qui ne sont dus le plus souvent qu'à cet état physiologique particulier, la gestation. Ce traitement diététique et préventif nous paraît de la plus haute importance, si l'on songe à l'aptitude morbide que fait naître cet état moral propre à la femme grosse, au péril immense qui la menace à la fois elle et son enfant, et au peu d'efficacité du traitement curatif.

Ce traitement, en effet, doit être au fond le même que celui du choléra en général ; et l'expérience montre que bien souvent les remèdes employés n'ont pas d'action bien marquée, et sont impuissants à arrêter la marche toujours progressive de l'affection cholérique. Nous n'allons pas énumérer ici cette longue série de remèdes employés contre le choléra, ceci n'entre pas dans notre sujet ; nous avons vu instituer chez les femmes enceintes la même thérapeutique que chez les autres malades, et nous n'avons pas constaté que chez elles certaines médications aient plus d'efficacité que chez d'autres. Qu'il nous suffise de dire que la femme en état de gestation, par cela même que chez elle la diarrhée prémoni-

toire, quand elle existe, se montre souvent de courte durée, et que le mal parcourt ses périodes avec plus de rapidité que chez d'autres personnes, doit veiller plus que tout autre à la régularité des fonctions digestives ; dès qu'en temps d'épidémie elle voit se déclarer chez elle un flux intestinal plus abondant que de coutume, elle doit s'occuper d'y remédier. C'est la médication opiacée qui, ici encore, paraît être la meilleure.

Lorsque le choléra est confirmé, comme l'admettent les auteurs, le traitement doit être le même que celui du choléra en dehors de la grossesse. Il doit consister à supprimer ces évacuations abondantes qui tarissent pour l'enfant les sources mêmes de la nutrition en privant le sang de sa partie liquide, et qui, en le tuant, compromettent encore plus la vie de la mère ; il doit consister à exciter l'activité cardiaque et à augmenter la fonction respiratoire pour éviter la stagnation du sang dans les capillaires, et les conséquences si graves qui en découlent. On devra donc avoir recours aux opiacés et aux stimulants les plus énergiques.

Comme le fait observer le Dr Nicolas dans l'observation qu'il cite, l'opium peut être employé à haute dose contre la diarrhée, car il ne produit pas de narcotisme ; mais si on s'en sert pour arrêter un commencement de travail chez une femme enceinte au plus de 6 ou 7 mois, il ne paraît pas avoir d'action ni sur la matrice, ni sur l'enfant. Nous avons vu des cas où malgré le traitement opiacé employé par toutes les voies d'absorption (Obs. VIII), l'avortement n'a pas cependant manqué de se produire, alors que la mort du fœtus paraissait récente. L'inefficacité de ce remède habituellement si énergique est justement due à ce que l'état du sang et des tissus rendent l'endosmose et l'absorption beaucoup plus difficiles.

Certains auteurs, frappés de l'influence fâcheuse exercée

par le choléra sur la grossesse, et ayant été témoins de certains cas de choléra grave avec expulsion du fœtus s'étant terminés par la guérison de la mère, ont été amenés à penser que la déplétion soit naturelle, soit artificielle de l'utérus pouvait avoir une heureuse influence sur la marche ultérieure de la maladie. Aussi en est-il un certain nombre qui n'ont pas hésité à préconiser la provocation du travail de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, afin d'atténuer la gravité du pronostic. Selon eux, on pourrait retirer un double effet de l'opération : On pourrait sauver l'enfant si la femme est à la fin de sa grossesse, et on pourrait, en provoquant le travail, faciliter la réaction, et de là amener la guérison de la malade. C'est ainsi que M. Delarue relate un cas de choléra grave chez une femme presque à terme, dans lequel il a provoqué l'accouchement en introduisant une éponge préparée dans le canal utérin qu'il trouva légèrement dilaté; les douleurs commencèrent au bout de quelques heures, la malade accoucha d'un enfant mort, et à partir de ce moment elle commença à aller mieux, et elle finit par arriver à la guérison complète. M. Devilliers, de son côté, pensant que le choléra pouvait être heureusement modifié par la parturition, soumit même à l'Académie de Médecine un travail dans lequel il vantait les avantages de l'accouchement artificiel ; celle-ci répondit par la voix de son rapporteur, M. Villeneuve, que « si elle était obligée de porter un jugement définitif sur cette opinion, elle croirait prudent de ne se prononcer que d'une manière négative. »

Tout d'abord cependant, les statistiques sembleraient confirmer les opinions émises par M. Delarue et M. Devilliers, puisque nous avons remarqué que sur 100 avortements ou accouchements prématurés, il y avait une moyenne de 58 guérisons pour la mère. Mais d'une part elles ne nous paraissent pas suffisantes pour servir de plan de conduite générale,

et d'autre part les observations que nous avons pu recueillir nous empêchent d'adopter cette règle de conduite, puisque sur 9 avortements nous avons eu 8 décès, et que sur 7 femmes qui ont guéri il y en a cinq qui ont vu continuer leur grossesse. Nous partageons donc jusqu'à présent l'avis de Cazeaux, Baginsky et autres qui rejettent la provocation de l'avortement ou de l'accouchement. Essayer de provoquer le travail serait perdre du temps dans une maladie dont la marche est souvent si rapide et devient en si peu de temps fatale; ne vaut-il pas mieux s'occuper d'employer de suite tous les moyens énergiques que la thérapeutique nous met entre les mains: frictions térébenthinées, potions à l'ammoniaque, cruchons, etc., pour tenter de réchauffer et de ranimer la malade et de ramener la vie dans ce corps qu'elle tend à abandonner? Nous croyons avec Bouchut que «l'avortement n'a en général aucune influence ni sur la situation des malades, ni sur la forme de leur maladie, ni sur l'intensité des symptômes et leur marche ultérieure.»

La plupart du temps nous avons vu les malades après la parturition retomber dans la période algide et succomber; et, comme le dit Bouchut: «dans aucun cas l'avortement n'a paru ajouter à l'espoir de la guérison; peut-être il a paru au contraire aggraver leur situation et ajouter plutôt à la crainte de leur mort.»

Toutefois, lorsque le travail est commencé et paraît se faire d'une façon convenable, il nous a paru bon de le faciliter. Les contractions utérines et les douleurs, bien que faibles en général, sont une cause d'affaiblissement de plus pour la femme. Sa dilatation se produit souvent assez bien; mais arrivée à la période d'expulsion, la femme est épuisée et n'a plus la force de pousser et d'aider le travail de la matrice. C'est cette lenteur de la dernière période qui, trois fois (Obs. II, IV, VI), nous a engagé à employer le forceps

pour délivrer la femme plus rapidement. Une autre fois (Obs. VII), nous nous trouvâmes en présence d'une femme chez qui nous avions trouvé les lèvres du col très minces et très dilatables, et chez qui nous voyions l'état général empirer en même temps que les douleurs devenir de plus en plus faibles; nous avons eu recours à la version. Malheureusement, comme le fait à juste titre remarquer Baginsky, lorsque l'on intervient, l'enfant est généralement mort; la chose n'a rien qui doive nous surprendre, puisque le plus souvent c'est sa mort qui détermine le travail; et, si on peut en facilitant l'expulsion, diminuer pour la mère cette cause d'affaiblissement et lui donner quelque chance de plus de vivre, quelque minime qu'elle soit, on aurait grand tort de ne pas le faire. Nous sommes donc de l'avis de Baginsky, qui conseille de hâter la terminaison de l'accouchement une fois que le travail est commencé; et nous croyons que les applications de forceps et la version sont des méthodes qui peuvent rendre parfois de réels services.

Une dernière question est celle de l'opération césarienne. Quelque grave que soit la position de la malade, quelque fatal que paraisse être le pronostic, notre avis est qu'on ne doit jamais la pratiquer *ante mortem*, alors même qu'on entendrait bien les battements du fœtus. Nous avons vu, en effet, des malades en algidité complète et chez qui le pouls n'était plus perceptible, qui cependant ont fini par se relever peu à peu et guérir; nous croyons qu'on ne doit jamais perdre tout espoir et se hasarder à tenter une opération aussi dangereuse avant la mort. Si au contraire on a perçu les bruits de l'enfant peu de temps avant la mort et que la femme soit au septième mois de sa grossesse, nous croyons qu'il est du devoir du médecin de faire l'opération au moment même où elle rend le dernier soupir.

Elle a été pratiquée dans un cas (Obs. V), mais sans

succès. Peut-être pourrait-on, dans des cas bien rares il est vrai, se trouver en présence d'un enfant encore vivant, et l'arracher ainsi à une mort certaine.

Toutefois, nous le répétons, pour justifier l'opération, il faudra deux choses : que l'enfant soit viable, et que ses battements aient été perçus préalablement et peu de temps avant la mort de la mère.

CONCLUSIONS.

La grossesse doit être regardée comme une cause prédisposante du choléra.

Sans en modifier les symptômes, elle en accélère la marche et en aggrave le pronostic.

La gravité est encore accrue par l'interruption fréquente de la grossesse.

L'interruption de la grossesse a toujours lieu dans la période de réaction, et a d'autant plus de chances de se produire, que la femme est plus près du terme.

Chez la mère, elle est caractérisée par la lenteur du travail, l'absence presque complète de douleurs, la diminution ou la suppression des excrétions alvines, la diminution ou l'absence d'hémorrhagie utérine.

Du côté du germe et de ses annexes, on trouve généralement le liquide amniotique en quantité habituelle, le fœtus mort et le placenta avec son aspect normal.

La cause de l'expulsion du germe est le plus souvent sa mort, laquelle est due à l'asphyxie.

Vu l'inefficacité du traitement curatif, le traitement préventif est de la plus haute importance.

Le traitement du choléra confirmé est le même que celui de la femme en dehors de l'état de gestation.

Si on doit rejeter la provocation de l'avortement ou de l'accouchement, on doit, en revanche, faciliter l'expulsion du produit de la conception (forceps ou version), quand le travail bien commencé paraît s'arrêter.

L'opération césarienne ne doit jamais être faite *ante mortem*.

Observation I.

(Personnelle.)

Choléra algide chez une primipare, enceinte de 6 mois. — Absence de diarrhée prémonitoire. — Réaction : avortement, enfant mort, hémorrhagie faible. — Mort en algidité.

La nommée Clémence L..., domestique, enceinte de 6 mois, primipare, entre au Pharo le 23 juillet 1884. Elle est atteinte de choléra, et se trouve en pleine période algide : diarrhée abondante, vomissements fréquents ; anurie complète ; pouls petit. Elle dit avoir été prise subitement et ne pas avoir eu de diarrhée prémonitoire.

On lui prescrit une potion avec 10 gouttes de laudanum et 20 gouttes d'éther, de la glace et des frictions térébenthinées.

24 juillet. — Les vomissements et la diarrhée se sont un peu calmés : la malade se plaint de douleurs dans la région lombaire. La chaleur paraît être un peu revenue, et un commencement de réaction semble vouloir se faire.

La palpation du ventre fait reconnaître un utérus remontant jusqu'à l'ombilic. L'auscultation est nulle. Le toucher vaginal donne la sensation d'un col ramolli dans sa moitié inférieure, et permettant l'introduction de la pulpe du doigt. Le même traitement est continué.

25 juillet. — La réaction semble s'accuser de plus en plus, et tandis que les symptômes cholériques s'atténuent, les douleurs lombaires persistent. On prescrit une injection sous-cutanée de 0,01 centigramme de chlorhydrate de morphine.

26 juillet. — Le mieux s'accentue, la malade a faim. Bouillons, Bordeaux et biscuits.

28 juillet. — Les douleurs lombaires deviennent plus fortes ; un commencement de travail se fait. Le toucher vaginal accuse un col dilaté de 0,02 centimètres environ.

29 juillet. — A 5 heures du matin, la poche des eaux se rompt et est suivie presque immédiatement de l'expulsion d'un fœtus mort; hémorrhagie peu importante.

A partir de ce moment, l'état général de la mère s'aggrave: elle retombe en algidité, et malgré les frictions énergiques qui lui sont faites, malgré les stimulants donnés en potion et les injections hypodermiques d'éther sulfurique, plusieurs fois répétées, elle succombe le soir à 10 heures.

Observation II.

(Personnelle.)

Choléra algide chez une femme enceinte de 6 mois. — Durée de la diarrhée prémonitoire : deux jours. — Réaction légère : avortement, enfant mort, hémorrhagie très faible. — Mort en algidité.

La nommée Marie F..., enceinte de 6 mois environ, entre au Pharo, le 26 juillet 1884. Elle est atteinte d'un choléra algide et a eu une diarrhée prémonitoire qui a duré deux jours Traitement stimulant.

Son état reste le même pendant trois jours.

29 juillet. — Une ébauche de réaction semble se manifester ; la femme se plaint de douleurs lombaires. Le toucher vaginal accuse un col légèrement dilaté ; l'auscultation est nulle. Le soir, je trouve la tête du fœtus au détroit inférieur; et cependant, la femme ne paraît pas beaucoup souffrir. Son état général est très mauvais, le

pouls est redevenu petit et l'algidité reparaît. Devant cet état grave, je me décide à appliquer le forceps et j'extrais un fœtus mort; une hémorrhagie très faible accompagne la délivrance.

Après la parturition, la malade se refroidit de nouveau et succombe dans la nuit.

Observation III (résumée).

(Personnelle)

Choléra algide chez une femme enceinte de 8 mois 1/2 environ. — Durée du choléra : un jour. — Mort.

La nommée Marguerite D..., âgée d'une trentaine d'années, d'une forte constitution, enceinte de 8 mois et 1/2 environ, entre au Pharo le 29 juillet 1884.

Elle est complètement algide; la diarrhée et les vomissements sont abondants, l'anurie est complète, le pouls est presque imperceptible. Le toucher vaginal n'est pas pratiqué, mais l'auscultation fait entendre, d'une façon assez distincte, les bruits du fœtus. Un traitement stimulant est institué.

30 juillet. — Même état de la malade. On entend encore bien les battements cardiaques, quoique plus faibles; et le soir, il est impossible de les percevoir. La femme meurt trois ou quatre heures après que ces bruits ont cessé d'être entendus.

Observation IV.

(Personnelle)

Choléra algide chez une femme enceinte de 7 mois. — Réaction : avortement, fœtus mort et macéré, écoulement d'un liquide sanguin noirâtre et peu abondant. — Mort.

La nommée Jeanne C..., âgée de 22 ans, enceinte de 7 mois, entre au Pharo le 1er août 1884. Elle dit être malade depuis quelques jours Au moment de son entrée, elle a la peau froide recouverte d'une sueur visqueuse, le pouls est petit; la diarrhée est abondante et les vomissements fréquents. On lui prescrit une potion avec 20 gouttes de laudanum et 10 gr. d'acétate d'ammoniaque, de la glace à l'intérieur, du thé alcoolisé et des frictions stimulantes. Cet état reste le même jusqu'au 3 août.

3 août. — Une ébauche de réaction semble s'être manifestée; le pouls a augmenté de force La malade accuse quelques douleurs sourdes dans les lombes et l'abdomen. Le toucher vaginal fait reconnaître un commencement de travail; le col est ramolli, et les deux orifices interne et externe sont ouverts. Les battements cardiaques du fœtus ne sont pas entendus. Même traitement.

4 août. — Le matin, la malade est dans un état de somnolence très marqué; les extrémités se sont réchauffées, et le pouls est assez fort. Les douleurs lombaires et abdominales persistent, mais très faibles.

Il y a une dilatation de 0,02 centimètres environ.

Le soir à 7 heures, le toucher vaginal est pratiqué de nouveau : la dilatation est complète, la tête est à la vulve. Ne voyant pas celle-ci avancer, et la femme épuisée n'ayant

presque pas de douleurs, nous appliquons le forceps et nous extrayons un enfant mort, putréfié, exhalant une odeur repoussante; le placenta est complètement flétri; un écoulement peu abondant de sang noirâtre et poisseux accompagne son extraction. Après la délivrance, nous faisons des injections d'eau phéniquée au dixième dans l'utérus.

A partir de ce moment, l'état général empire, et la malade succombe dans le coma deux heures après l'expulsion du fœtus.

Observation V.

(Personnelle)

Choléra algide chez une primipare presque à terme. — Absence de diarrhée prémonitoire. — Opération césarienne *post mortem* : enfant mort.

La nommée Marie C., domestique, âgée de 20 ans, primipare, entre le 2 août 1885, à 9 heures du soir, à l'Hôpital de la Conception. Elle est enceinte de huit mois et demi à neuf mois, et a été prise subitement dans l'après-midi.

A son entrée, elle est dans la période algide; elle a de la diarrhée, des vomissements, et se plaint de crampes dans les jambes et de fortes douleurs dans la région lombaire ; la voix est cassée, le facies amaigri, les extrémités froides, le pouls imperceptible. L'aspect de l'abdomen est celui d'une femme au dernier mois de la grossesse; le fond de l'utérus occupe tout l'épigastre. A l'auscultation, il me semble entendre, ainsi qu'à mon collègue et ami M. Roux, les battements du cœur du fœtus à gauche et au-dessous de l'ombilic, mais ils sont très faibles. Au toucher, on trouve un col ouvert, mais non complètement effacé.

Malgré le traitement énergique institué de suite, potion

avec 15 gouttes de laudanum et 15 grammes d'acétate d'ammoniaque, malgré des frictions térébenthinées fréquentes et plusieurs injections hypodermiques d'éther sulfurique, l'état général s'aggrave rapidement, et la malade meurt le 3 août, à 3 heures du matin.

Mon collègue M. Roux, se trouvant là au moment où la femme rendait le dernier soupir, pratique l'opération césarienne (comme d'ailleurs nous avions jugé convenable de le faire, dans le cas où la mort suivrait de peu les résultats que nous avait fournis l'auscultation); mais il ne trouve qu'un enfant mort, sans doute depuis peu de temps.

Observation VI.

(Personnelle)

Choléra algide chez une multipare à terme. — Durée de la diarrhée prémonitoire: 12 heures. — Début de réaction et de travail : accouchement provoqué, enfant mort. — Guérison.

La nommée Marie P.., domestique, âgée de 25 ans, entre à la Maternité le 7 août 1885; elle est au neuvième mois de sa grossesse et a déjà eu deux accouchements antérieurs.

8 août. — Elle est prise subitement de diarrhée et d'une soif ardente; dans la nuit la diarrhée devient plus abondante et les vomissements paraissent.

9 août. — 8 heures du matin. Elle se plaint de crampes dans la jambe gauche, et les symptômes précédents persistent. Le toucher vaginal permet de sentir un col mou, effacé et complètement ouvert; le doigt introduit dans celui-ci laisse sentir la tête engagée dans le détroit supérieur et coiffée du segment inférieur de la matrice.

4 heures du soir. — En présence des symptômes cholé-

riques qui persistent, on fait transporter la malade dans une salle d'isolement; et, comme on constate chez elle, en même temps qu'un retour de la chaleur dans les extrémités refroidies, une dilatation assez avancée du col de l'utérus, et que l'on craint que les douleurs n'épuisent la femme déjà très affaiblie, on perce la poche des eaux afin de hâter l'accouchement. Une grande quantité de liquide s'écoule; après quoi le travail continue très régulièrement. La malade prend depuis la veille une potion avec 6 grammes de sous-nitrate de bismuth, et 15 gouttes de laudanum et du thé alcoolisé.

8 heures du soir. — La dilatation est complète, mais la femme est à bout de forces. Les contractions utérines cessent, l'état général paraît s'aggraver, les vomissements continuent et les extrémités sont froides. Je fais une application de forceps et donne le jour à une petite fille ayant 49 cent. de long et pesant 3,200 grammes. Le placenta est extrait sans hémorragie inquiétante.

10 août. — L'enfant, en bonne santé la veille, a un premier vomissement, et gémit continuellement. Le surlendemain, son facies a complètement changé, il est noirâtre et amaigri, ses mains sont froides, ses ongles cyanosés, il a de la diarrhée et des vomissements. Il succombe à une heure du soir avec des symptômes cholériques.

Quant à la femme, à partir du lendemain même de son accouchement, son état général s'est amélioré ; sous l'influence des stimulants unis aux astringents, la diarrhée s'est arrêtée, et avec elle les vomissements et tout le cortège symptomatique du choléra. Seulement la convalescence a été longue, et la malade n'a quitté l'hôpital complètement guérie qu'à la fin du mois de septembre.

Observation VII.

(Personnelle).

Choléra algide chez une multipare à terme. — Durée de la diarrhée prémonitoire : 5 jours. — Ebauche de réaction : commencement de travail, accouchement artificiel, Enfant mort. — Mort en algidité.

La nommée Clémence D..., jardinière, âgée de 34 ans, d'une constitution lymphatique, entre le 14 août 1885, à 11 heures du matin, à la Maternité, où elle est amenée par une sage-femme. D'après les renseignements de cette dernière, cette femme, qui a eu déjà trois accouchements antérieurs normaux, est atteinte depuis 5 jours d'une diarrhée assez abondante accompagnée de vomissements ; l'accoucheuse dit avoir été appelée auprès d'elle la veille au soir, où, après examen, elle aurait constaté une dilatation du col de 0,03 centimètres environ, des lèvres très dilatables et la poche des eaux percée depuis le matin 5 heures ; outre cela de très faibles douleurs ; le lendemain, vu le mauvais état de la femme et le peu de ressources de la famille, avec son consentement, elle l'amène à la Maternité.

Peu de temps après son entrée, nous pouvons constater chez la patiente de la diarrhée, des vomissements et des crampes dans les jambes ; après quoi nous portons notre attention du côté de l'utérus. Le ventre a le volume de celui d'une femme à terme et présente de nombreuses vergetures ; il est très douloureux. L'auscultation est nulle. Le toucher vaginal fait reconnaître un orifice vulvaire et un vagin larges ; l'orifice du col est au centre et présente une dilatation de 0,03 centimètres environ ; les lèvres sont très minces et très dilatables ; la poche des eaux n'existe plus. La tête est encore

élevée et présente une bosse séro-sanguine qui s'engage à travers l'orifice du col. Depuis quelques heures, il se fait un écoulement sanguin par les organes génitaux, et la femme n'éprouve que de très faibles douleurs; sont état général est mauvais et peu rassurant. On essaie de la relever par du bouillon et des boissons alcoolisées.

A 5 heures du soir, l'état général s'est encore aggravé, le pouls est plus petit et le travail n'a pas avancé. Sur les sages conseils de M. le Professeur Magail et de M^lle^ Audibert, maîtresse sage-femme, je me mets en devoir de pratiquer la version. Après de fortes tractions, j'amène le tronc à l'extérieur, mais la tête reste couronnée par les lèvres du col qui est rigide, et se trouve retenue au détroit supérieur. Craignant que des tractions trop fortes sur un enfant mort n'amènent la rupture des vertèbres cervicales et une détroncation, j'applique le forceps et je parviens ainsi à extraire l'enfant qui devait être mort depuis deux jours au moins, et de suite après, je pratique la délivrance, accompagnée d'un écoulement sanguin insignifiant. Après l'accouchement, un commencement de réaction semble se manifester, mais il est de courte durée.

15 août. — L'état général est toujours mauvais, le pouls est petit, la malade se refroidit de nouveau. Cet état persiste jusqu'au 17 août, jour où la malade succombe.

Observation VIII.

(Personnelle)

Choléra algide chez une femme primipare. enceinte de 6 mois et demi environ. — Absence de diarrhée prémonitoire. — Réaction : avortement, enfant mort, pas d'hémorrhagie. — Guérison.

La nommée Marie G., âgée de 24 ans, rue du V., primipare,

enceinte de 6 mois et demi, est prise subitement le 19 août 1885, dans la nuit, de diarrhée et de vomissements; la veille elle se portait bien, mais elle avait été peinée d'apprendre la mort d'une de ses amies. Elle n'a pas eu de diarrhée prémonitoire.

20 août.— Dans la matinée, nous la trouvons algide avec le facies altéré, les yeux caves, la peau plissée et en proie à de fortes crampes surtout dans les membres inférieurs. Le traitement est institué: potion avec 20 gouttes de laudanum et 15 gr. d'acétate d'ammoniaque, lavements laudanisés, thé alcoolisé, glace à l'intérieur et frictions térébenthinées. Le toucher utérin n'est pas pratiqué, mais l'auscultation permet d'entendre les bruits du fœtus que la malade sent encore remuer.

21 août.— La diarrhée et les vomissements ont diminué, mais les crampes persistent; l'algidité paraît moins prononcée. La malade ne sent plus remuer son enfant, et l'auscultation très difficile à pratiquer ne laisse plus percevoir les bruits fœtaux. Même traitement.

22 août.— La chaleur revient aux extrémités, l'état général est meilleur.

23 août. — La malade accuse des douleurs dans le ventre, mais elle se sent mieux néanmoins. La diarrhée et les vomissements ont cessé, mais l'anurie persiste.

24 août. Le mieux persiste, mais la douleur abdominale augmente, quoique cependant peu intense. Frictions belladonées sur le ventre et lavements laudanisés.

25 août.— La réaction s'accuse de plus en plus. A 9 heures du soir, la malade avorte d'un fœtus mort depuis peu ; la poche des eaux s'était rompue peu de temps avant, mais avait donné issue à un liquide peu abondant. Le placenta est expulsé en même temps que le fœtus. Après l'avortement,

il y a un écoulement sanguin très peu abondant. La malade urine quelques gouttes 2 heures après.

A partir de ce moment, l'état de la malade a été sans cesse en s'améliorant; cinq jours après elle se levait, et le 3 septembre elle sortait complètement guérie.

Observation IX.

(Communiquée par M. le Dr Marnac).

Choléra algide chez une multipare enceinte de 6 mois et demi environ. — Durée de la diarrhée prémonitoire; 3 jours. — Réaction : avortement, enfant mort, hémorrhagie nulle. — Etat typhoïde.— Mort.

La nommée Cécile M.., 37 ans, rue V., de bonne constitution, est prise de diarrhée le 27 juin 1884, dans la soirée; elle est enceinte de 6 mois et demi environ, et a déjà eu deux grossesses antérieures.

30 juin.— La diarrhée qui a augmenté s'accompagne bientôt de vomissements et de crampes. Ayant lu dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1883 un traitement approuvé par l'Académie, et consistant en limonade magnésienne et lavement laudanisé contre la diarrhée, et ipéca contre les vomissements, j'administrai une limonade magnésienne et je donnai de la glace contre les vomissements.

A 9 heures, la diarrhée et les vomissements avaient diminué, mais les crampes persistaient. Je pratique l'auscultation du fœtus, et je perçois les bruits du cœur à gauche presque au niveau de l'ombilic, mais très affaiblis. Je prescris un lavement avec 15 gouttes de laudanum.

1er juillet.— L'état de la malade a empiré; la peau est froide et visqueuse, le pouls est petit. Je n'entends plus les battements du cœur du fœtus. J'ordonne des frictions térébenthi-

nées, des cruchons le long des membres inférieurs et la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque..	15	grammes.
Teinture de noix vomique.	6	gouttes.
Sirop d'éther.....	30	grammes.
Alcool de menthe.....	4	—
Pot. gommeuse.....	100	—

A 5 heures du soir, un commencement de réaction assez franche paraît s'être manifestée; les extrémités sont plus chaudes et le pouls meilleur.

2 juillet.— A 4 heures du matin, la malade urine une fois et éprouve, en se mettant sur le vase, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

A 8 heures du matin même état; cependant la diarrhée et les vomissements sont arrêtés. Je renouvelle la potion de la veille, donne du bouillon et une autre potion avec 4 gr. d'extrait mou de quinquina.

A 5 heures du soir, je trouve la tête du fœtus à la vulve, et un effort de vomissement expulse un enfant mort, du sexe masculin. Après quelques minutes d'attente, j'introduis la main et je trouve l'utérus flasque et sans contractions, et le placenta adhérent en avant et en haut. En retirant ma main je la trouvai mouillée, mais non maculée de sang; elle ressemblait à la main qui, dans une autopsie, est plongée dans la cavité abdominale. Au bout de 10 minutes, je décolle le placenta; l'utérus reste flasque. Dans la nuit, il s'est produit un écoulement ou plutôt un suintement sanguin insignifiant.

3 juillet. — La malade succombe dans un état typhoïde à 4 heures du soir.

Observation X.

(Communiquée par M. Jacques, interne des hôpitaux).

Choléra algide chez une multipare enceinte de 7 mois et demi environ. — Durée de la diarrhée prémonitoire : 3 jours — Pas d'accouchement. — Mort en période algide.

La nommée Jeanne D..., 27 ans, sans profession, cours G., qui a eu déjà deux grossesses antérieures et qui est enceinte de 7 mois et demi environ, est prise de diarrhée le 4 août 1884; celle-ci, qui va sans cesse croissant, s'accompagne 3 jours plus tard de vomissements. Voyant ses forces diminuer, la malade finit le 10 août par se décider à faire appeler un médecin. Il arrive à 11 heures du soir, et se trouve en présence d'une femme avec les yeux caves, le facies grippé et amaigri caractéristique ; la voix est cassée ; la diarrhée est riziforme et assez abondante; des vomissements bilieux et verdâtres se répètent fréquemment; l'algidité et la cyanose sont très marquées dans les extrémités ; l'anurie est complète; le pouls est presque imperceptible. Nul doute à avoir sur l'affection : c'est un choléra cyanique. — De plus, la malade éprouve des douleurs assez fortes du côté de l'hypogastre et des reins, et se plaint en même temps de crampes dans les membres inférieurs. Le palper abdominal est douloureux; il indique un utérus remontant environ à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les bruits du fœtus sont entendus faibles et précipités. Le toucher vaginal n'a pas été pratiqué; mais on remarque un écoulement sanieux se faisant par le vagin.— Le traitement est institué : potion stimulante, frictions térébenthinées sur les membres, et lavements laudanisés répétés.

11 août. — A 2 heures du matin, la diarrhée et les vomissements ont diminué; mais l'algidité persiste ainsi que les douleurs lombaires et hypogastriques. — Même traitement.

A 6 heures du matin, même état. On n'entend presque plus les battements fœtaux.

Dans le courant de la journée, les douleurs éprouvées par la femme augmentent d'intensité; son état général devient de plus en plus mauvais. Elle succombe à 4 heures du soir.

Observation XI.

(Communiquée par M. Jacques).

Choléra algide chez une multipare enceinte de 6 mois. — Absence de diarrhée prémonitoire. — Guérison. — Accouchement à terme.

La nommée Marguerite J..., 22 ans, sans profession, rue M., d'une bonne constitution, enceinte de 6 mois et n'ayant présenté aucun trouble dans le courant de sa grossesse, est prise le 8 septembre 1885, dans la nuit, de diarrhée et de vomissements: elle a eu une grossesse antérieure normale. Le médecin du bureau de secours, appelé en toute hâte, trouve cette femme algide, sans voix, atteinte de crampes et de douleur hypogastrique. Le ventre douloureux est celui d'une femme enceinte de six mois : le fond de l'utérus dépasse un peu l'ombilic. L'auscultation fait reconnaître un enfant vivant. Le toucher vaginal n'est pas pratiqué. — On prescrit un traitement approprié, des frictions calmantes sur le ventre avec de la pommade belladonée et des lavements fortement laudanisés.

9 septembre. — L'état reste le même à peu près toute la journée, et un calme relatif paraît se montrer vers le soir.

10 septembre. — L'amélioration se continue et un début

de réaction semble se produire ; les symptômes cholériques se sont amendés, les douleurs sont moindres. — Même traitement.

11 septembre. — Les symptômes cholériques se montrent de nouveau, et avec eux de vives douleurs dans la région hypogastrique et dans la masse sacro-lombaire ; ces dernières ressemblent aux fausses douleurs, elles sont continues.

12 septembre. — L'état de la malade s'améliore peu à peu : la diarrhée et les vomissements se calment, les douleurs lombaire et hypogastrique cessent. Les battements fœtaux s'entendent encore.

Enfin, la convalescence s'établit peu à peu. La femme garde pendant longtemps une extrême faiblesse et un peu d'intolérance pour certains aliments. Elle sort pour la première fois un mois et demi après, et accouche normalement à terme d'un garçon très bien portant.

Observation XII.

(Communiquée par le Dr Cambon).

Choléra cyanique chez une multipare enceinte de 6 mois. — Absence de diarrhée prémonitoire. — Guérison. — Accouchement à terme.

La nommée Marie S..., 28 ans, boulevard P., d'une forte constitution, ayant eu déjà deux grossesses antérieures, est enceinte de 6 mois, au moment où elle est prise subitement, le 15 août 1884, dans la nuit, de symptômes cholériques. Son mari est mort du choléra au Pharo, trois jours avant à son insu ; quant à elle, elle a été seule atteinte dans la maison.

Elle a eu un véritable choléra foudroyant. Mon ami le Dr Cambon, qui me communique cette observation, et qui pendant ses voyages avait eu souvent l'occasion d'observer

des cas de choléra, déclare que c'est un des cas les plus typiques et les plus effrayants qu'il ait vus : algidité très prononcée, cyanose complète, respiration haletante, pouls très petit, peau plissée et visqueuse, facies amaigri, yeux caves, anurie complète, crampes très fortes, diarrhée et vomissements incessants, tels sont les symptômes présentés par la malade une heure après le début du mal. — Une potion avec 15 gouttes de laudanum et 15 grammes d'acétate d'ammoniaque est prescrite, et des frictions térébenthinées sont ordonnées.

16 août. — Même état, il persiste pendant deux jours. — Même traitement

18 août. — Tous les symptômes paraissent s'amender.

19 août. — La diarrhée a cessé, l'état général est meilleur. Une réaction légère paraît se manifester. — On n'entend pas les bruits du fœtus ; on ne perçoit pas non plus ses mouvements spontanés. La cause doit en être attribuée à l'état de somnolence et de torpeur dans lequel il est.

A partir de ce jour, la convalescence commença à s'établir, et la femme accoucha à terme d'un enfant bien portant.

Observation XIII.

(Communiquée par le Dr Bidon, chef de clinique médicale).

Choléra algide chez une primipare enceinte de 7 mois. — Absence de diarrhée prémonitoire. — Mort en 10 heures. — Pas d'avortement.

Mme Az..., d'une bonne santé, primipare, enceinte de 7 mois, est prise subitement de symptômes cholériques le 14 juillet 1884, à 6 heures du matin. Elle n'a pas eu de diarrhée prémonitoire ; en même temps on voit paraître chez elle la diarrhée, les vomissements, les crampes ; et deux heures après,

elle est complètement algide, a le pouls très petit, la respiration haletante.

Malgré le traitement institué de suite, malgré les frictions et des boissons stimulantes, l'état dans lequel nous la trouvâmes persiste, et elle mourut le soir à 4 heures, en période algide, sans qu'il y ait eu chez elle de commencement de travail.

Observation XIV.

(Communiquée par le Dr Bidon).

Choléra cyanique chez une femme enceinte de 5 mois. — Diarrhée prémonitoire : 3 jours. — Début de réaction ; avortement d'un fœtus mort. — Mort quelques heures après.

Mme B., 30 ans, d'une santé parfaite, enceinte de 5 mois, a la diarrhée depuis trois jours ; le 15 septembre 1884, les symptômes cholériques se déclarent, et la malade se refroidit et se cyanose.

16 septembre. — Un commencement de réaction se manifeste, et l'avortement a lieu sans douleurs ; après quoi la délivrance est faite, avec un écoulement sanguin très peu abondant. De suite après, la femme retombe en algidité et succombe.

Observation XV.

(Communiquée par le Dr Bidon)

Choléra cyanique chez une multipare enceinte de 5 mois. — Diarrhée prémonitoire: 2 jours. — Mort après 4 jours. — Pas d'avortement.

Mme L., âgée de 32 ans, multipare, d'une santé délicate, enceinte de 5 mois, est atteinte de diarrhée depuis deux jours;

le 20 août 1885, celle-ci se complique de vomissements bientôt suivis de tous les symptômes du choléra cyanique.

Le traitement est institué.

21 août. — La malade entre en réaction ; celle-ci revêt le caractère typhoïde. La diarrhée et les vomissements cessent ; la femme urine et se plaint de quelques douleurs, mais faibles, dans la région lombaire et dans le ventre.

22 août. — La réaction qui paraissait devoir bien s'effectuer, se complique de lésion pulmonaire, et la malade succombe, le 24 août au soir, d'une pneumonie double.

Observation XVI.

(Communiquée par le Dr Giraud, chef de clinique chirurgicale).

Choléra algide chez une femme enceinte de 7 mois et demi environ. — Durée de la diarrhée prémonitoire : 6 jours. — Réaction : début de travail, phénomènes éclamptiques. — Mort.

La nommée Madeleine J..., marchande, 35 ans, enceinte de 7 mois et demi environ, entre au Pharo le 9 juillet 1884, à 11 heures du matin. Elle est atteinte de diarrhée depuis le 3 juillet, et depuis ce temps garde le lit.

A son entrée, les symptômes sont les suivants : algidité, cyanose, pouls filiforme et fréquent, langue peu saburrale, troubles de la vision, bourdonnements d'oreilles, vomissements abondants, diarrhée, crampes, anurie. Traitement institué : potion avec 15 gouttes laudanum et 10 gr. acétate d'ammoniaque, frictions térébenthinées, glace à l'intérieur.

Le soir, la malade urine un peu.

10 juillet.— Les vomissements persistent, la diarrhée a diminué, l'algidité est moindre, la langue a sa température normale. Même traitement.

11 juillet. — L'algidité est moins prononcée, des phénomènes éclamptiques se manifestent.

La malade succombe à 5 heures du soir.

Observation XVII.

(Communiquée par le Dr Giraud).

Choléra léger chez une femme enceinte d'un mois et demi environ. — Durée de la diarrhée prémonitoire : 3 jours. — Guérison.

La nommée Marie M..., domestique, 35 ans, se trouvant dans de très mauvaises conditions hygiéniques et atteinte de diarrhée depuis trois jours, entre au Pharo le 9 juillet 1884 à midi : elle se dit enceinte d'un mois et demi, et paraît avoir un choléra léger. Elle a une forte diarrhée, mais des vomissements peu abondants ; sa langue très saburrale est rouge sur les bords ; le pouls est faible, quoique fréquent ; elle se plaint de quelques crampes, mais légères ; refroidissement peu marqué ; la miction s'effectue et la voix est presque normale. — Traitement : potion avec 6 gr. de sous-nitrate de bismuth et 15 gouttes de laudanum, thé alcoolisé.

10 juillet. — La diarrhée et les vomissements persistent ; il n'y a pas la moindre algidité, la température est normale. — Même traitement et glace à l'intérieur, bouillons froids.

11 juillet. — La malade continue à vomir et a toujours de la diarrhée ; badigeonnage au collodion sur le ventre.

16 juillet. — Epistaxis légère ; les autres symptômes ont disparu.

30 juillet. — La malade est guérie et quitte l'hôpital.

Observation XVIII.

(Communiquée par le Dr Giraud)

Choléra grave chez une femme enceinte de 6 mois. — Durée de la diarrhée prémonitoire : 1 jour. — Réaction : avortement sans hémorrhagie, fœtus mort. — Mort.

La nommée Marie F..., domestique, 20 ans, enceinte de 6 mois, entre au Pharo le 10 juillet 1884, à 2 heures du soir. Elle a la diarrhée depuis la veille.

A son entrée, diarrhée, vomissements, crampes dans les bras et dans les jambes ; algidité peu prononcée, pouls petit; miction conservée, mais diminuée. — Traitement : potion avec 20 gouttes de laudanum, thé alcoolisé et frictions.

11 juillet. — Un début de réaction se manifeste, le pouls est plus fort ; il n'y a plus ni diarrhée ni vomissements. La malade se plaint de douleurs dans l'abdomen.

12 juillet. — La femme avorte ; l'expulsion du fœtus mort s'accompagne d'un écoulement sanguin peu important.

13 juillet. — La malade retombe dans la période algide ; la diarrhée et les vomissements reparaissent, et elle succombe le 14 juillet, à 11 heures du soir.

Observation XIX.

(Communiquée par le Dr Giraud).

Choléra algide chez une femme enceinte de 5 mois environ. — Absence de diarrhée prémonitoire. — Réaction : avortement d'un fœtus mort, hémorrhagie peu importante. — Mort.

La nommée Marie R..., enceinte de 5 mois environ, entre au Pharo le 13 juillet 1884 à 1 heure du soir. Elle a été prise

subitement de diarrhée le matin à 6 heures, diarrhée s'accompagnant deux heures après du cortège symptomatique du choléra.

A son entrée, diarrhée abondante, incontinence de matières ; voix cassée, langue froide, bourdonnements d'oreille, crampes, anurie; algidité complète et pouls insensible. — Traitement: potion avec 15 gr. d'acétate d'ammoniaque et 20 gouttes de laudanum, boissons alcoolisées, frictions térébenthinées.

14 juillet. — Un début de réaction a lieu: les évacuations ont diminué; la chaleur est un peu revenue aux extrémités et le pouls est meilleur. Dans la journée, la femme qui n'a presque pas eu de douleurs, avorte d'un fœtus mort ; la sortie du placenta a lieu de suite après et s'accompagne d'un écoulement sanguin très faible.

15 juillet. — La malade est dans un état typhoïde; elle est prostrée et sans forces.

Cet état persiste jusqu'au 19 juillet, jour où elle succombe à 6 heures du matin.

Observation XX.

(Communiquée par le Dr Giraud)

Choléra léger chez une femme enceinte de 8 mois. — Durée de la diarrhée prémonitoire : 8 heures. — Réaction : accouchement prématuré, enfant mort. — Mort.

La nommée Marianne D..., journalière, 28 ans, enceinte de 8 mois, entre au Pharo le 1er août 1884, à 4 heures du soir.

A son entrée, elle a de la diarrhée et quelques vomissements ; la poche des eaux se perce au moment de son

arrivée et laisse écouler une certaine quantité de liquide qui paraît normale. On lui prescrit une potion avec 6 gr. de sous-nitrate de bismuth et 20 gouttes de laudanum et des boissons froides.

2 août. — L'examen de l'utérus permet d'apprécier un col complètement ramolli, encore long en arrière, effacé en avant; le doigt pénètre sur la tête par les deux orifices ouverts.

L'enfant ne remue plus depuis la veille; les bruits du cœur sont nuls. Quant à l'état général de la malade, il reste le même pendant plusieurs jours.

3 août. — La diarrhée a un peu diminué. Même traitement.

4 août. — La malade a du hoquet, elle est dans un état de stupeur bien marquée. Le pouls est bon. La miction est conservée. L'abdomen est un peu douloureux.

5 août. — Un léger refroidissement se manifeste; la femme, atteinte d'un peu de subdélirium, continue à avoir le pouls assez fort.

6 août. — Une éruption varioliforme apparaît sur les deux fesses.

7 août. — La malade avorte à 2 heures du soir d'un fœtus mort, macéré, dont l'épiderme s'enlève facilement; l'expulsion de ce dernier s'est faite rapidement et presque sans douleurs.

Le placenta sort par tractions après un quart d'heure. La perte est normale. On donne à la malade de la glace et de l'acétate d'ammoniaque en potion.

11 août. — Une éruption scarlatiniforme se montre aux fesses et dans les régions palmaires. Le pouls est fréquent et petit.

12 août. — La malade est cyanosée et algide; elle succombe dans cet état le 13 août, à deux heures du soir.

Observation XXI.

(Communiquée par le Dr Giraud.)

Choléra léger chez une femme enceinte de 6 mois. — Absence de diarrhée prémonitoire. — Réaction. — Guérison. — Accouchement à terme.

La nommée Marie L..., ménagère, 32 ans, enceinte de 6 mois, entre au Pharo le 19 août 1884, à 6 heures du soir. Elle n'a pas eu de diarrhée prémonitoire. A son entrée, elle a un choléra peu prononcé; elle est atteinte de diarrhée avec quelques vomissements. Traitement: potion avec 6 grammes de sous-nitrate de bismuth et 10 gouttes de laudanum, et glace à l'intérieur.

22 août. — La diarrhée a diminué, mais les vomissements persistent. Même traitement.

25 août. — Les vomissements continuent; une potion éthérée les arrête.

26 août. — Une éruption scarlatiniforme très confluente apparaît sur les avant-bras et sur les fesses.

27 août. — L'éruption s'est étendue et a gagné les bras. Même traitement.

29 août. — La malade ressent une douleur du côté gauche du thorax; l'auscultation ne révèle rien. On fait une injection hypodermique de 0,01 centigramme de chlorhydrate de morphine. La malade a de la fièvre; le soir sa température s'élève à 39°7.

30 août. — La douleur a disparu, la nuit a été bonne. Cependant l'état fébrile persiste: le matin, la température est de 38°8, et le soir de 39°2.

31 août. — Le matin, la température est 37°6 ; le soir elle est de 38°2.

1er septembre. — La femme a eu un frisson, mais la fièvre a diminué et la langue est bonne.

2 septembre. — Même état. La femme ne sent plus remuer son enfant.

3 septembre. — La malade se sent beaucoup mieux; elle n'a plus de fièvre.

6 septembre. — Elle prétend avoir senti remuer son enfant, que trois jours avant elle disait être mort.

11 septembre. — Elle quitte l'hôpital guérie, et elle accouche à terme.

Observation XXII.

(Communiquée par le Dr Giraud.)

Choléra algide chez une femme enceinte de 8 mois. — Absence de diarrhée prémonitoire. — Guérison. — Accouchement à terme.

La nommée Marie J..., âgée de 28 ans, femme d'un pompier, et par conséquent prédisposée au choléra, est prise de symptômes cholériques dans le courant du mois de septembre 1885; elle est enceinte de 8 mois environ, et est atteinte presque subitement. Elle reste algide pendant deux jours. Le troisième jour, elle a une réaction légère; son état va sans cesse en s'améliorant. Elle guérit, et accouche à terme.

Observation XXIII.

(Communiquée par le Dr Camoin, chef de clinique obstétricale).

Choléra cyanique chez une femme enceinte de 5 mois. — Durée de la diarrhée prémonitoire : 9 jours. — Mort.

La nommée Louise M..., 25 ans, femme de chambre, enceinte de 5 mois, entre au Pharo le 16 août 1885. Elle est algide ; son facies est altéré et amaigri, sa peau est cyanosée et garde le pli que lui imprime la main, le pouls est imperceptible, les pupilles sont immobiles ; il y a anurie complète. C'est un véritable choléra cyanique.

18 août. — Une réaction incomplète se déclare. La femme accuse quelques douleurs lombaires ; c'est peut-être un commencement de travail. La diarrhée et les vomissements persistent, quoique ayant un peu diminué ; les selles sont involontaires et sanguinolentes.

19 août. — La malade succombe sans avoir avorté.

Observation XXIV.

(Communiquée par le Dr Camoin).

Choléra algide chez une femme enceinte de 6 mois. — Durée de la diarrhée prémonitoire : 2 jours. — Mort.

La nommée Anaïs D..., tailleuse, 37 ans, enceinte de 6 mois, a la diarrhée depuis deux jours ; elle entre au Pharo le 17 août 1885 avec tous les symptômes du choléra confirmé:

diarrhée et vomissements abondants, cyanose, algidité, crampes dans les membres et dans les lombes, dyspnée, pouls filiforme.

Malgré le traitement institué, elle succombe dans la nuit en pleine période algide et sans avoir avorté.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 juillet 1886.
P. le Recteur de l'Académie,
Le Doyen de la Faculté de Droit délégué,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 juillet 1886.
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baginsky. — Deutsche Klinik, 1866.

Barbier. — Quelques considérations sur le choléra épidémique 1854, p. 786.

Barnes (Robert et Fancourt). — Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale, trad. par Cordes, Paris G. Masson, 1886, p. 282.

Bizas. — De l'influence de quelques maladies aiguës sur la grossesse et l'état puerpéral. Thèse de Montpellier 1885, N° 27.

Bouchut. — Influence du choléra sur la grossesse. *Gaz. méd.* Paris 1849, p. 794, 798.

Bouillaud. — Traité du choléra morbus 1832, p. 439 et 509.

Bourgeois. — Influence des maladies de la femme pendant la grossesse sur la constitution et la santé de l'enfant. Mém. de l'Acad. de méd. 1862, t. xxv, p. 321.

Bulletin général de thérapeutique. — Influence de la grossesse et de l'accouchement sur la marche du choléra, Paris 1849, t. xxxvii, p. 323-325.

Camoin. — Quelques considérations sur le pronostic du choléra épidémique. Thèse de Montpellier 1886.

Capuron. — (Observation de) *Gaz. des hôpitaux*, Paris 1832, t. vi, p. 128.

Cazeaux. — Traité d'accouchements, p. 434.

Charpentier. — Traité d'accouchements, t. i, p. 557.

Chevelu. — De la grossesse considérée comme cause des maladies. Thèse de Paris 1874, N° 37.

Colombe. — Du choléra morbus pendant la gestation. *Gaz. des hôpitaux*, Paris 1832, vi, p. 111.

Coste. — Le choléra au Pharo en 1885, p. 65.

Drasche. — Vienne 1860 (cité par Barnes).

Delarue. — (Observation de) *Arch. de méd.* 1849, p. 367.

Desmartis. — (Observation de) *Revue de thérapeutique du midi*, Montpellier 1855, ix, p. 179-182.

Desnos. — Art. *choléra* (nouveau Dict. de médecine pratique de Jaccoud) 1867, t. vii, p. 388.

Devilliers. — Accouchement provoqué chez une femme atteinte de choléra. *Gaz. méd.* Paris 1849, p. 486.

Dubrueil et Rech. — Rapport sur le choléra morbus asiatique. Montpellier 1836, p. 122 et 168.

Dumas. — Considérations sur le rapport entre la physiologie des femmes enceintes et leur pathologie. *Gaz. méd.* Paris 1855, p. 54.

Gendrin. — Deux exemples de choléra survenu pendant la grossesse *Gaz. des hôpit.* Paris 1853, XXVI, p. 611.

Griesinger. — Traité des maladies infectieuses 1868, p. 439 et 509.

Hennig. — Monatschrift für Geburtskunde, Berlin 1868, XXXII, p. 27-62.

Joulin. — Traité d'accouchements 1866.

Laveran. — Art. *choléra* (Dict. encycl. des sciences méd.) 1874, 1re série, t. XVI, p. 827.

Lichtenstein. — (Observation de) *Arch. de méd.* 1833, p. 430.

Lignerolles. — Epidémie cholérique à l'hôpital Saint-Louis, *Gaz. des Hôpitaux*, Paris 1866.

Louge. — Le pouls puerpéral physiologique. Thèse de Paris 1886, p. 38.

Magendie. — Leçons sur le choléra morbus 1832.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses 1740, t. I, ch. XXVI, p. 186.

Millet. — Du choléra morbus épidémique, éd. Labé, 1851, p. 79 et 243.

Mouchet. — Thèse de Paris, 1867.

Nicolas. — (Observation de) *Gaz. méd.* Paris 1849, p. 527.

Poznansky. — Le ralentissement du pouls comme signe prémonitoire du choléra. Mém. de l'acad. de méd., séance du 6 janvier 1886.

Runge (Max).—Die acuten Infections.—Krankheiten in œtiologisher Beziehung zur Schwangerchaftsunterbrechung (*An. in Revue des sciences médicales de Hayem* 1882, t. II, p. 212).

Slavjansky. — Endometritis decidualis hœmorrhagica bei choléra. — Kranken. Arch. für Gynœkologie 1872, t. XIV, fasc. 2. (*An. in Revue des sciences médicales de Hayem* 1873, t. 1, p. 194.

Stoltz — Art. *Grossesse* (Dict. de méd. prat. de Jaccoud 1873, t. XVII, p. 88).

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !